

CONSENSO INFORMATO

(Ai sensi dell'art. 13 DLGS 30 giugno 2003 N. 196)

In relazione al Progetto "*Non perdiamoli di vista*", volto alla diagnosi preventiva del cheratocono negli studenti delle Scuole Secondarie di Primo Grado della Provincia di Ascoli Piceno,

il/la sottoscritto/a _____ Telefono _____,

in _____ qualità _____ di _____ genitore/tutore _____ del minore _____,

nel prestare il suo consenso affinché quest'ultimo sia sottoposto ad apposito esame della vista,

DICHIARA DI ESSERE STATO INFORMATO:

- che il trattamento dei dati sanitari sarà effettuato con modalità manuali e informatiche esclusivamente per gli scopi di cui al progetto suddetto;
- che il trattamento dei dati sarà improntato ai principi di correttezza, trasparenza e tutela della riservatezza nei limiti della normativa vigente;
- che i dati raccolti saranno utilizzati ai fini di diagnosi, prevenzione, cura, studio e ricerca scientifica per le finalità strettamente necessarie e correlate all'attività medica oggetto della prestazione e secondo lo scopo del Progetto "*Non Perdiamoli di Vista*" ;
- che la comunicazione dei dati a terzi potrà avvenire in ambito medico-scientifico, ferma la salvaguardia della riservatezza dei soggetti, per le sole finalità diagnostiche sopra descritte;
- che il titolare e responsabile dei dati è il Dottor Luca Cesari, Dirigente UOC Area Vasta n. 5.

_____, lì _____

(firma)

—

Il sottoscritto _____, nella qualifica rivestita di esercente la potestà sul minore, letta l'informativa che precede, autorizza e presta il consenso per conto del minore al trattamento dei dati per le finalità richieste.

_____, lì _____

(firma)

—
